4

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N° 490

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 11 *juillet* 1900 *à* 1 *heure*

Par Louis DONAT

Né à Annonay (Ardèche) le 3 avril 1868.

DES

VERRUES PLANES JUVÉNILES

Président : M. FOURNIER, *professeur.*

Juges : MM. HAYEM, *professeur.*
GAUCHER et WIDAL, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

499

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

499

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 11 *juillet* 1900 *à* 1 *heure*

Par Louis DONAT

Né à Annonay le 3 avril 1868.

DES

VERRUES PLANES JUVÉNILES

Président : M. FOURNIER, *professeur.*

Juges : MM. HAYEM, *professeur.*
GAUCHER et WIDAL, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
JOUVE ET BOYER
IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEBOVE. HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER.
Matière médicale et pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BRISSAUD.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE
Clinique médicale	POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	BERGER. DUPLAY. LE DENTU TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA TOURETTE	MENÉTRIER	WALLICH
BROCA (André)	HARTMANN	MERY	WALTHER
BHARRIN	LANGLOIS	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LAUNOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELBET	LEGUEU	TEISSIER	
		THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DES

VERRUES PLANES JUVÉNILES

INTRODUCTION

Les anciens se désintéressaient volontiers des petites choses, et Celse avait pu dire, d'accord avec la généralité de ses contemporains : « Il y a presque de la sottise à s'occuper des boutons, des lentilles, des éphélides. »

De nos jours, les sciences médicales étudient le moindre fait, et, s'il est naturel, qu'elles donnent une plus grande importance aux affections, qui touchent directement à l'existence de l'individu, ou à l'intégrité de la race, elles ne dédaignent pas pour cela les petites infirmités, qui n'apportent qu'un peu de gêne fonctionnelle, ou altèrent simplement l'harmonie des lignes (1).

Les verrues, quelles qu'elles soient, sont de ce nombre, et leur bénignité ne saurait être mise en doute ; on

1. Rappelons ici la hideur restée légendaire du grand Cicéron.

pourrait soutenir cependant, non sans quelque vraisemblance, la possibilité d'une évolution vers la dégénérescence cancéreuse ou sarcomateuse, ou que, comme l'a fait remarquer M. Henri Fournier, une verrue écorchée, peut être le point de départ d'accidents graves de lymphangite et même d'infection. Mais, en laissant de côté les considérations qui précèdent, nous estimons, à cause de leur tendance à la confluence et à leur résistance fréquente à tout traitement — et ceci s'applique surtout aux verrues planes juvéniles — qu'elles doivent fixer l'attention du médecin.

Aussi, sur les conseils de notre maître M. Gaucher, avons-nous consacré notre thèse à cette affection, en nous bornant tout spécialement à l'étude des verrues planes juvéniles.

Faisons remarquer de suite, que sur certains chapitres notre sujet est absolument limité ; dans d'autres, au contraire, il y aura confusion forcée avec les verrues ordinaires. Nous n'hésiterons pas alors, à sortir de nos limites, nous appuyant sur l'autorité de la plupart des dermatologistes contemporains, qui confondent au point de vue traitement ces deux affections.

Nous suivrons dans notre travail la division classique, qui est encore la plus complète, et nous étudierons successivement les chapitres suivants :

I. — Historique.

II. — Description clinique.

III. — Etiologie.

IV. — Anatomie pathologique.

V. — Diagnostic.

VI. — Evolution, terminaison.

VIII. — Traitement.

Qu'il nous soit permis d'envoyer à nos premiers maîtres de Lyon, notre plus respectueux souvenir. Nous n'avons pas oublié, que c'est dans les services de MM. les professeurs Gayet et Poncet et du regretté agrégé Levrat, que nous avons fait nos premières armes.

Nous n'oublierons jamais non plus, les leçons des professeurs Guyon et Raymond, dont nous suivîmes les services pendant notre stage hospitalier à Paris, et du regretté professeur Strauss qui fut pour nous plus qu'un maître, et dont nous garderons religieusement la mémoire.

Que M. Gaucher reçoive ici nos plus sincères remerciements pour l'affabilité avec laquelle il nous a reçu dans son service, pour les conseils qu'il a bien voulu nous donner et pour le choix et pour l'argumentation de notre thèse. Nous remercions aussi tout le service dermatologique de Saint-Antoine, qui s'est mis entièrement à notre disposition, et en particulier l'interne M. Bernard dont les conseils bienveillants ne nous ont jamais manqué.

Que M. le professeur Fournier reçoive tous nos remerciements, pour l'honneur qu'il nous a fait, en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

CHAPITRE I

Historique.

La dénomination de verrues planes, se rencontre aussi bien dans les auteurs de l'antiquité, que dans les auteurs classiques, mais sans avoir la signification très nette que le clinicien y attache aujourd'hui.

Celse après avoir discuté la division d'Hippocrate sur les verrues, (1) insiste sur une variété particulière à forme plate, qu'il appelle *verrucæ formicariæ*, à cause, dit-il, « du léger fourmillement auquel elle donne lieu lorsqu'on « vient à couper leur surface ».

Pour Auspitz, pour Hébra, pour Kapozi, le qualificatif de planes s'appliquait simplement à une variété morphologique, par opposition à la verrue ordinaire, pédiculée, végétante etc.

En 1881, Thin publie l'observation d'une femme de 21 ans, présentant sur toute la face, et principalement sur les joues, une quantité considérable de petites ver-

1. Hippocrate divisait les verrues en : *Acrochordons* nom qui paraît correspondre aux verrues pédiculées,en myrmécis ou verrues séniles vulgaires et thymi ou verrues végétantes.

rues planes ou de peu d'épaisseur, d'une couleur jaune brunâtre, et ne dépassant pas comme dimensions un seizième à un dixième de pouce anglais ; Thin fit l'examen microscopique de ces verrues, et nous y reviendrons plus loin. Cette observation, remarquable par sa netteté et sa précision, est la première en date que nous ayons pu trouver sur le sujet qui nous occupe.

Il était réservé à M. Besnier de dégager complètement l'individualité des verrues planes juvéniles.

Dans une note publiée dans la traduction française de Kaposi (1 édition, 1888), après avoir fait une description très exacte de l'éruption verruqueuse, M. Besnier propose de lui donner le nom de *verrues planes juveniles* afin : « de les signaler par une dénomination spéciale à « l'attention du médecin, qu'elles déroutent généralement, « quand elles résident sur le visage ou ailleurs que sur « mains ».

Dans la seconde édition de l'ouvrage du professeur de Vienne (1891) M. Besnier revient longuement sur la question verrue. Après avoir éliminé tout d'abord, les verrues congénitales, qui ne sont que des nœvi verruqueux, différents cliniquement et anatomiquement des verrues véritables, il propose la division suivante ;

1° Verrues séniles ;

2° Verrues du jeune âge ou de croissance : { Verrues ordinaires. / Verrues planes juvéniles.

C'était donner droit de cité à l'affection qui fait le sujet de ce travail. De plus M. Besnier n'hésite pas, après les travaux de MM. Darier et Thiébault (1888) et Kuhnemann (1889) à accepter la théorie parasitaire.

Les travaux ultérieurs de Feulard (1893) et de Herxheimer et Marx, (94) ne firent que confirmer la différence entre les deux ordres de verrues.

Nombre d'auteurs se sont depuis occupés de la question, et nous ne pouvons que renvoyer à l'index bibliographique, qui se trouve à la fin de cette thèse ; nous devons citer cependant le très intéressant et très complet travail de M. Djamdjieff, travail qui nous a singulièrement facilité notre tâche, et auquel nous avons fait de nombreux emprunts ; enfin plus récemment encore, le chapitre que M. Gaucher a consacré aux verrues, planes juvéniles dans ses leçons, le chapitre de MM. Hallopeau et Leredde dans leur « *Dermatologie* », et le travail de M. Henri Fournier intitulé *Doit-on traiter les verrues*, du 7 avril dernier.

CHAPITRE II

Description clinique.

Il est difficile de faire une description exacte et unique des verrues planes juvéniles ; leur aspect change suivant chaque malade, et surtout suivant leur degré de confluence et la partie du corps où on les observe.

Nous allons essayer cependant de grouper leurs principaux caractères, en indiquant chemin faisant, les différences que l'on observe suivant les lieux d'élections.

Leur couleur est très variable ; quelquefois, elles ne tranchent pas sur les téguments avoisinants, mais ordinairement elles sont colorées et peuvent prendre toutes les teintes, depuis le jaune clair jusqu'au rouge brun. Généralement à la face, elles sont blanc jaunâtre, souvent plus foncées quand elles siègent sur le cuir chevelu ; à la région dorsale des mains, si bien entendu elles n'ont pas été altérées par des travaux manuels, elles présentent plutôt un aspect grisâtre, et Feulard a pu les comparer à des goutelettes de cire.

Leur forme est généralement arrondie et très régulière, on en rencontre cependant de polygonales et même de complètement irrégulières dans les placards de verrues

très confluentes ; leur surface est plane, lisse, brillante et comme polie ; elles ne se fendillent jamais et ont une tendance à la desquamation en lamelles, différence essentielle avec les verrues vulgaires.

Elles font sur les téguments une saillie nettement circonscrite et quelquefois même délimitée par une sorte de couronne cornée, de couleur un peu plus foncée. Normalement jamais de rougeur inflammatoire. Les caractères précédents ne s'appliquent exactement qu'à la verrue isolée, et nous verrons plus loin que très souvent on les rencontre par plaques confluentes, ou bien par traînées linéaires de grattage. L'affection présente alors un aspect qui peut être tout différent et très variable mais l'on trouvera toujours des éléments avec les caractères que nous avons donnés plus haut.

La dimension moyenne des verrues planes est de 1 à 3 m/m de diamètre. C'est ordinairement aux mains et aux doigts, que l'on rencontre les plus petites.

Il est rare de trouver les verrues planes juvéniles sous la forme d'éléments isolés. Presque toujours, on les rencontre groupées et en amas, surtout aux lieux d'élection de la maladie, face et région dorsale des mains.

M. Djamdjieff a réuni 58 observations, dont 28 lui sont personnelles et dont 26 sont empruntées à Herxheimer et Marx, une à Gémy, une à Darier, une à Feulard ; il arrive à la statistique suivante :

Face dorsale des mains	40
— doigts	17
— palmaire des mains.	4
— du poignet	4

Face dorsale du poignet. . . . 3
Avant-bras 7
Face 39
Cuir chevelu 5
Région retro-auriculaire 3
Cou, nuque, lit des ongles, jambe
scrotum, verge, chacun . . . 1

Nos 11 observations se rangent de la façon suivante :

Face dorsale des mains 7
— doigts 3
Face palmaire des mains. . . . 1
Face palmaire du poignet. . . 0
Face dorsale du poignet. . . . 2
Avant-bras 2
Face 4
Cuir chevelu. 0
Région rétro-auriculaire 0
jambe 1

Notre statistique est donc absolument identique à celle obtenue par M. Djamdjieff.

CHAPITRE III

Etiologie.

Les verrues planes juvéniles sont rares dans la première enfance et l'âge mûr, et on ne les rencontre qu'exceptionnellement chez les vieillards ; c'est donc une affection de la seconde enfance et de l'adolescence.

Sur les 58 observations réunies par Djamdjieff on trouve :

Au-dessous de 5 ans.	2 cas
— 5 à 10 ans.	18 —
— 11 à 15 ans.	8 —
— 16 à 20 ans.	17 —
— 21 à 25 ans.	9 —
Au-dessus de 25 ans.	4 —

Nos observations se classent, suivant un rapport un peu différent·

Au-dessous de 5 ans.	0 cas
— 5 à 10 ans.	2 —
— 11 à 15 ans.	1 —
— 16 à 20 ans.	4 —
— 21 à 25 ans.	2 —
Au-dessus de 25 ans.	2 —

Nous avons bien le maximum correspondant à l'adolescence, mais celui de la deuxième enfance fait défaut dans notre statistique.

Une verrue ordinaire peut-elle donner naissance à une ou des verrues planes juvéniles ou réciproquement? Les avis sont partagés, et il faut avouer que l'étude des faits n'impose pas une conviction formelle. Les exemples sont fréquents où les deux genres de verrues existaient sur le même individu. Marx et Herxheimer en rapportent 3 cas et M. Djamdjieff l'a observé cinq fois.

M. Henri Fournier a vu un de ses malades porteur depuis deux ans d'une verrue vulgaire, avoir les mains envahies par une éruption de verrues planes juvéniles. Dans notre observation (obs. 5) nous notons aussi la coïncidence des deux affections sur le même individu. Enfin dans notre observation (obs. 10) nous exposons un cas de contagion qui nous paraît indéniable, et où, des verrues planes juvéniles auraient donné naissance à une grosse verrue vulgaire; il est vrai, que nous n'avons pas vu l'éruption à son début et qui d'après les renseignements, elle ne paraissait pas semblable à elle-même, dans toutes ses parties. Il est donc fort possible que les deux variétés aient existé simultanément, comme dans les cas précédents.

Quoi qu'il en soit, nous nous rangeons à l'avis de M. Djamdjieff et nous ne pensons pas qu'une forme puisse donner naissance à l'autre. Nous croyons au contraire que lorsque les deux espèces de verrues coïncident sur le même malade, chacune évolue pour son propre compte, sans retentissement sur la marche de l'affection voisine.

Mais toutes les hypothèses sont permises sur ce sujet, et la discussion pourrait s'éterniser ; nous estimons qu'elle ne peut donner que des résultats stériles, tant que l'on ne connaîtra pas la cause efficiente des éruptions verruqueuses.

Théorie de la contagion. — Jusqu'en 1882 l'opinion médicale fut absolument rebelle au principe de la contagiosité des verrues. Le peuple, au contraire, avait admis de tous temps cette contagion, précédant ainsi de nombre d'années dans la voie de la vérité, les dermatologistes les plus distingués comme Unna et Kaposi.

En 1882 Thomasi Crudeli rend compte des travaux de Majocchi. Ce savant aurait trouvé dans toutes les coupes de verrues un bacille spécial qu'il avait nommé bacterium porri, bacille qu'il aurait cultivé avec des résultats positifs, et qui pour lui, était pathognomonique de cette affection.

En 1884, Cornil et Babès reprennent les travaux de Majocchi et arrivent à une conclusion identique.

Enfin en 1888, Kuhnemann fit dans le laboratoire de Schweninger des recherches et des cultures qui fixèrent définitivement la forme et les dimensions du bactérium porri de Majocchi. Ce sont, d'après cet auteur, des bâtonnets ne dépassant jamais 1 μ et demi en longueur avec une largeur six fois moindre. Kuhnemann a coloré ses préparations au bleu de méthylène et la méthode de Gram lui a donné de bons résultats.

Au congrès des naturalistes allemands tenu à Heidelberg en 1889, Schweninger exposa, en les complétant,

les recherches de Kuhnemann qui parurent alors à tous à l'abri de toute discussion.

Nous devons faire remarquer que ces travaux, ont tous porté sur la verrue vulgaire, que l'on ne différenciait pas alors de la verrue plane juvénile ; du reste pas plus pour la première variété que pour la seconde, les recherches ultérieures n'ont confirmé l'existence du parasite.

M. Darier reprit, peu de temps après, ces expériences, sur le bacterium porri et il s'occupa uniquement des verrues planes juvéniles. Il colora plusieurs coupes, par les deux moyens qui avaient réussi à Kuhnemann sans trouver de parasites ; les essais de culture n'eurent pas de résultats plus satisfaisants.

Enfin en 1898 Lupis reprit toutes ces recherches en les généralisant. Il opère sur une grande quantité de coupes, et essaye de tous les moyens de coloration, que la pratique du laboratoire a donnés au bactériologiste, sans pouvoir arriver à retrouver le bactérium porri, et sans obtenir de résultats positifs par les cultures.

Malgré tout, le clinicien a le droit d'attribuer aux verrues en général et aux verrues planes juvéniles en particulier, une nature parasitaire. A la vérité, les faits de contagion sont rares; Djamdjieff en a réuni deux cas, le premier les deux frères, le second, le père et le fils; dans notre observation 10, le fait de contagion n'est pas discutable, entre notre jeune malade et la personne qui lui enduit tous les soirs la figure et les mains avec de la glycérine.

Mais il y a des expériences plus démonstratives encore : M. Payne s'est inoculé en 1892 des verrues par grattage et M. Jadassohn de Berne montra en 1896 au Congrès

allemand de Dermatologie quatre verrues produites, après une longue incubation, sur sa main et celle du Dr Dreysel, par inoculation directe.

Ces expériences d'inoculation ont été reprises au dispensaire de Belleville par M. Variot, et sur deux tentatives, il eut un résultat concluant.

Les faits d'auto-inoculation sont beaucoup plus fréquents, et sont presque tous, dus au grattage et à l'action des ongles.

M. Gemy d'Alger a cité deux observations intéressantes à ce point de vue. Dans le premier cas un malade atteint depuis 5 ans d'un placard verruqueux, le voit tout à coup s'étendre sous l'influence du grattage occasionné par l'invasion de *pediculi putis*. Le second cas est encore plus caractéristique, il s'agit d'un jeune Marocain de 23 ans, *Saïd ben Mohamed*, qui présente une éruption très confluente, sur la partie des jambes laissée à découvert par les chaussures et le bas du pantalon. La disposition offerte par ces verrues était toute spéciale ; de chaque grosse verrue, verrue mère de Vidal, partait des rayons concentriques de verrues plus petites, rayons coïncidant avec les traînées de grattage. Ces verrues secondaires pouvaient à leur tour devenir le point de départ d'autres auto-inoculations, et Gémy expliquait ainsi cette agglomération de verrues de dimensions de tout ordre, verrues mères et verrues filles,ne présentant à l'examen superficiel aucune disposition spéciale, mais dont les directions rectilignes partant d'un centre commun, trahissaient la propagation suivant les traînées du grattage.

Dans notre observation 9 notre malade avait depuis fort

longtemps un placard verruqueux à la région frontale. Quand elle se présente à la consultation, on peut voir une traînée de verrues planes partant de ce placard unique, et s'en allant de gauche à droite, en dessinant une virgule mesurant à peu près un centimètre et demi de longueur. Les verrues constituant cette traînée sont confluentes et de dimension ordinaire, dans la partie touchant au foyer de contagion ; elles deviennent ensuite plus espacées et surtout plus petites, à mesure que l'on avance vers la pointe de la virgule. Il semble que le principe contagieux perde de plus en plus de son acuité, à mesure que l'on s'éloigne du placard primordial, cause de l'auto-inoculation.

Tous les faits précédents, nous expliquent de suite la préférence des verrues planes juvéniles, pour les parties du corps ordinairement découvertes : la figure et les mains. Il est hors de doute en effet, que la généralisation se fait suivant le procédé précédemment décrit, mais il reste à l'heure actuelle un point obscur, et on n'a pas encore expliqué, le réveil subit d'une affection qui sommeillait quelquefois depuis des années à l'état de petits placards ou même d'un seul élément isolé.

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique.

L'anatomie pathologique des verrues planes juvéniles, pourrait se résumer en quelques lignes : épaississement et prolifération de toutes les couches de l'épiderme tandis que le derme reste intact où à peu près intact, les papilles étant seulement allongées et perdant en largeur ce qu'elles ont pris en hauteur.

La théorie, qui, avant Auspitz et Unna faisait des verrues des papillonnes doit donc être rejetée, les papilles ne jouant qu'un rôle tout à fait secondaire, mécanique pour ainsi dire, et non un rôle actif et primordial.

Thin dans son observation déjà citée, avait déjà noté la nature essentiellement épidermique des verrues, et l'absence presque complète de participation du derme, mais c'est M. Darier, qui fixa définitivement l'anatomie pathologique des verrues planes juvéniles. Il enleva avant tout traitement un fragment de verrue, et le fit durcir par moitié et dans l'alcool et dans l'acide osmique. Il pratiqua ensuite des coupes perpendiculaires à la surface plane de la papule, et les colora par le picro-carminate. Le résultat fut le même que dans l'observation de Thin : épassissement de

toutes les couches de l'épiderme avec hypertrophie des papilles, la différence avec la peau saine étant, « toute « quantitative, et portant seulement sur l'épaisseur des « couches, les dimensions et le nombre des éléments ».

La couche cornée est deux fois plus épaisse, et est constituée par des cellules aplaties, sans noyaux, formant des étages successifs de lamelles peu adhérentes entre elles ; ce qui explique très logiquement la tendance des verrues planes juvéniles à la desquamation. La même raison anatomique rend compte de la friabilité de cette couche cornée, friabilité signalée par MM. Hallopeau et Leredde.

Il est impossible de distinguer une couche d'éléidine nettement séparée, mais l'éléidine se trouve diffusée dans toute la hauteur de la couche cornée, ce qu'on peut mettre en évidence en colorant la coupe par le picro-carmin de Ranvier. Cette diffusion est classique d'ailleurs toutes les fois que la couche granuleuse s'épaissit, et ne correspond pas à une augmentation réelle de kérato-hyaline.

Le corps muqueux a subi un épaississement qui peut être considérable, mais, contrairement à ce qui se passe dans les verrues ordinaires, on ne signale aucune de ces altérations décrites par Dubreuilh.

La seule manifestation du côté du derme, est l'accroissement considérable des papilles qui en sortent. La hauteur de ces papilles est doublée, souvent triplée et l'hypertrophie s'est faite aux dépens de la largeur. Les vaisseaux afférents sont peu ou très peu dilatés ; différence essentielle avec la verrue ordinaire ou les vaisseaux sont dilatés

et où survient de la thrombose avec de la nécrose de la partie la plus externe ce qui explique la coloration brunâtre nécrobiotique des verrues vulgaires.

Le derme est absolument normal, et les rameaux nerveux présentent une intégrité absolue.

Il serait intéressant de connaître la lésion primordiale ; l'affection débute-t-elle anatomiquement par l'hyperplasie et l'hypertrophie de l'épiderme, ou par l'allongement des papilles ? Pour Auspitz, l'hypertrophie papillaire était secondaire, aussi avait-il rangé les revues dans la classe des épidermidoses famille des hypérakanthoses ; pour M. Darier au contraire l'hypertrophie des papilles est primitive, et occasionne secondairement l'hypergénèse de toutes les couches ambiantes. Nous nous rangerons à l'avis de la généralité des dermatologistes, qui font des verrues une tumeur nettement et primitivement épidermique, l'allongement des papilles ne constituant qu'un phénomène secondaire.

CHAPITRE V

Diagnostic.

Le diagnostic des verrues planes juvéniles ne présente en général aucune difficulté ; cependant dans quelques conditions toutes particulières, l'hésitation peut être permise, et le diagnostic différentiel doit être fait, avec les autres verrues, et avec quelques autres affections.

Verrues vulgaires. — A la face, les verrues vulgaires qui ne sont pas rares, n'ont pas au même point, la tendance à se grouper en nappe confluente. Elles présentent de plus fréquemment un aspect digité, qui rend la confusion difficile. Sur le corps, où les verrues vulgaires sont fréquentes, les verrues planes ne s'y rencontrent que très exceptionnellement, et elles coïncident toujours avec des éruptions à la face et aux mains. La seule région où la confusion est possible, est sur la face dorsale des mains et des doigts. Mais là encore, les caractères différentiels abondent ; les verrues ordinaires sont moins nombreuses, plus limitées, se détachant mieux sur la peau avoisinante grâce à leur teinte plus foncée ; leur saillie sillonnée de fissures est plus prononcée, et elles présentent un aspect mamelonné. Ces fissures limitent entre elles des parcel-

les inégales et irrégulières, qui tombent d'un seul coup ; différence essentielle avec les squames des verrues planes juvéniles composées de fines lamelles horizontales.

Verrues séniles. — Le diagnostic est peut-être encore plus facile avec la verrue sénile, et comme précédemment la confusion ne sera possible que dans les régions de la face et des mains. Mais, outre l'aspect des plaques de couleur sale, jaunâtre ou brunâtre, l'âge du malade, le manque de confluence, les squames grasses qui recouvrent souvent les verrues séniles et par-dessus tout la participation du derme lèveront toute hésitation.

Acné simple. — L'acné simple et les verrues planes juvéniles ont beaucoup de points de commun et peuvent quelquefois être aisément confondus.

Les deux affections siègent sur la face et se présentent sous la forme de petites granulations planes, homogènes, sans conduit, et sans couleur très définie.

Toutefois l'acné simple n'a pas au même point que les verrues planes la tendance à la confluence, et ses placards ne dépassent pas le volume d'un pois ; on le rencontre rarement aux mains, et même sur la face il ne conserve pas exactement les lieux d'élection des verrues planes, et siège de préférence sur les régions qui avoisinent l'orbite.

Sa présence n'est pas rare sur les organes génitaux, ce qui est exceptionnel pour les verrues. Enfin signalons ce dernier point de ressemblance, les deux affections peuvent disparaître spontanément.

Acné varioliforme. — La confusion entre l'acné varioliforme et les verrues planes juvéniles est plus difficile que précédemment. Le molluscum contagiosum de Bate-

man se rencontre bien à la face comme les verrues planes, mais il se présente sous la forme de pustules avec ombilication centrale : de plus, par la pression, on peut faire sourdre de la matière sébacée. Ce seul caractère doit suffire au diagnostic différentiel.

Epithéliomas adénoïdes. — On rencontre rarement ces épithéliomas à la face ; mais quand on les observe dans cette région ils peuvent donner lieu à une erreur de diagnostic avec les verrues planes juvéniles.

Le grand caractère distinctif des deux affections réside surtout dans les lieux d'élections ; on trouvera presque toujours des épithéliomas adénoïdes sur le devant de la poitrine, et c'est là qu'ils apparaissent en premier lieu ; ils sont très rares sur les mains où les verrues planes juvéniles sont si fréquentes.

Adénomes sébacés de la face. — Ces adénomes sébacés peuvent siéger sur toute la face, sur le front, les joues, les ailes du nez, comme les verrues planes ; il est cependant un lieu d'élection où on les trouvera toujours en plus grand nombre : les sillons naso-géniens. Outre leur confluence moindre, leur grand caractère distinctif consiste dans leur nature même ; ils ne sont pas pleins, homogènes, comme les verrues, et ils laissent sourdre par piqûre une goutte de liquide caractéristique.

Lichen plan. — Le lichen plan, dans la plus grande généralité des cas, se différencie aisément des verrues planes juvéniles par son aspect et par ses lieux d'élection sur les faces antérieures des avant-bras et des poignets et sur la face antéro-externe des jambes.

Dans quelques cas particuliers quand il prédomine à la

face et aux mains on peut se trouver embarrassé. Il se présente alors, comme les verrues planes, sous la forme de petites papules résistantes, brillantes avec les stries grisâtres si bien étudiés par Wickham ; mais leur forme est polygonale au lieu d'être arrondie comme dans les verrues planes. Si le lichen est très confluent la différence est plus sensible encore ; ce sont des plaques irrégulières, rougeâtres, squameuses où les plis normaux de la peau s'accusent et s'accentuent.

Très souvent on voit au milieu de chaque papule du lichen une ombilication très visible, qui pour Kaposi est l'orifice d'une glande soit sébacée soit sudoripare.

Enfin différence essentielle le prurit est de règle dans le lichen, et ne se rencontre que très rarement dans les verrues planes juvéniles qui nous occupent.

Angio-kératome de Mibelli.

L'angio-kératome de Mibelli est un véritable angiome caverneux (verrues télangiectasiques de Dubreuilh) que MM. Hallopeau et Leredde rangent dans les tuberculides.

La moindre piqûre en fait sortir une goutte de sang, et si quelquefois, quand les éléments sont petits, peu colorés, on pourrait les confondre avec les verrues planes juvéniles, les antécédents du malade, sa prédisposition aux engelures, les troubles vasculaires et nerveux qu'il accuse, l'asphyxie locale des extrémités, lèveront de suite toute hésitation. Cette affection est d'ailleurs assez rare et du reste peu connue.

CHAPITRE VI

Évolution. Terminaison

Il n'y a peut-être pas d'affection qui présente des modes d'évolution aussi opposés, que les verrues planes juvéniles.

Elles peuvent rester à l'état de placard isolé, sans montrer la moindre tendance à l'extension, et nous pouvons citer un de nos camarades de 30 ans, qui possède depuis l'enfance, un agglomérat de 6 ou 7 verrues planes, sur la partie latérale droite du front ; dans d'autres cas, au contraire, on ne voit pas le point de départ de l'affection, et l'éruption débute d'emblée avec un caractère aigu. Enfin, et c'est ce qu'on observe ordinairement, quelques éléments isolés, sous l'influence d'une cause prurigineuse quelconque, ou même sans cause tangible, deviennent subitement contagieux et gagnent par auto-inoculation toute une région. Souvent on peut noter, plusieurs poussées successives et, chose curieuse, dans l'intervalle de ces poussées, les verrues demeurent rebelles à tout traitement.

De ce qui précède, il résulte logiquement que la durée

de l'affection verruqueuse est des plus inconstante ; elle peut varier entre des jours et des années, sans qu'on puisse donner un chiffre moyen, répondant à la grande généralité des cas.

Les verrues planes juvéniles, comme les verrues ordinaires, présentent en outre une particularité inhérente à leur nature ; elles peuvent régresser et disparaître spontanément. Ces faits sont connus depuis longtemps et déjà en 1820 Chéneau les avait signalés ; depuis, tous les dermatologistes en ont plus ou moins parlé, sans apporter cependant la moindre clarté dans la pathogénie de cette question des plus obscures.

Kuhnemann, avait trouvé, dans ses recherches, que le tacterium porri était de moins en moins fréquent, à mesure que les verrues étaient plus anciennes en date. Il en avait conclu que le bacille perdait de sa vitalité au bout d'un certain temps, et il expliquait par ce fait la disparition spontanée des verrues. Pour Lebert, au contraire, la cause est dans la tendance à l'étranglement de chaque élément en particulier, ce qui amènerait comme conséquence immédiate la mort du parasite.

Nous ne croyons pas que l'on puisse trouver dans ces deux ordres de faits, la cause véritable du phénomène ; ce ne sont pas les plus vieilles verrues qui disparaissent spontanément le plus souvent, et au contraire elles se font remarquer par leur ténacité.

Nous rangerons ces faits particuliers avec les observations de guérison par suggestion dont nous parlerons plus loin, et nous y voyons un phénomène du même ordre.

Remarquons de suite que le principe de la contagiosité

qui a été prouvé maintes fois et cliniquement et expérimentalement, n'est nullement atteint par cette théorie nouvelle; on a guéri les verrues par suggestion, mais on ne les a pas fait apparaître sur un malade indemne; de plus l'action de la suggestion n'est pas immédiate, il faut quelque temps avant que la guérison survienne. Il est probable, que là encore, nous nous trouvons en présence d'une modification de terrain, qui se produit par étapes successives, dont nous voyons les effets, mais dont la genèse reste absolument obscure.

Remarquons en terminant, que les auteurs ne sont pas d'accord, sur le mode de terminaison dans les guérisons spontanées. Pour M. Henri Fournier, les verrues se flétrissent, s'exfolient et tombent ; pour M. Roussel de St-Etienne « elles ne s'effritent pas, elles ne desquament « pas, elles s'amolissent, elles se vident, s'affaissent sans « laisser aucune cicatrice. »

CHAPITRE VII

Traitement.

Il n'existe pas à proprement parler, de traitement spécial aux verrues planes juvéniles, et la thérapeutique que nous allons exposer peut s'appliquer aussi bien aux verrues vulgaires.

On peut suivre les différentes méthodes de traitement depuis les temps les plus reculés, et cela avec un grand intérêt ; les mêmes procédés empiriques se retrouvent à des siècles d'intervalle, et aussi bien à notre époque que du temps d'Hippocrate on est tombé dans les mêmes errements, et la superstition l'emporte sur les traitements rationnels, découlant logiquement de l'interprétation des faits. Nous allons résumer la phase ancienne du traitement des verrues, nous réservant de nous étendre plus longuement sur les méthodes actuelles.

Les auteurs de l'antiquité traitaient les verrues, et leurs recettes ne manquent pas d'originalité et de saveur archaïque, tout en présentant cependant un certain côté rationnel puisque, la plupart du temps, elles étaient basées sur l'emploi de caustique.

Leur médication se composait, la plupart du temps,

d'application de fientes de divers animaux, surtout le veau, la brebis et le chien, fientes délayées dans du vinaigre.

Souvent on remplaçait les ingrédients précédents par un moyen non moins répugnant, et on employait l'urine d'enfant impubère mélangée à du nitre dans des certaines proportions. Quelquefois c'était l'organe d'un animal que l'on appliquait directement sur l'éruption verruqueuse et Aétius recommande le foie de bouc, ou ce qui lui paraît préférable, la dépouille de serpent, broyée avec de la chais de figues sans les grains. Pline, le compilateur émérite de son temps, et qui dépeint bien la tournure d'esprit de ses contemporains, ne doute pas de l'efficacité de certains poissons spécialement du foie de glanis (Silurus glanis) et de la cendre de têtes de moênes broyées avec de l'ail ; les frictions avec le fiel de scorpion lui paraissent un moyen infaillible.

Enfin Marcellus (*De medicam Cap.* XXXIV), préfère de beaucoup s'adresser directement aux astres, et négliger les moyens inférieurs. « Lorsque tu verras une étoile « filante, essuye en ce moment même, avec un objet quel- « conque la place où siègent les verrues, et toutes tom- « beront aussitôt. Si pour cette opération, tu t'es servi « de ta main nue, les verrues se porteront toutes sur « elles ».

Les procédés restent les mêmes au moyen âge et c'est toujours urine, ou macération d'excréta d'animaux dans du vinaigre.

Au XVI^e^ siècle Ambroise Paré essaya de lutter contre toutes ces pratiques ; il préconise l'ablation ou la destruc-

tion des verrues par le feu. Peine perdue d'ailleurs, le peuple ne le comprend pas et retourna aux empiriques ; les recettes extraordinaires abondent à cette époque.

M. Edouard Grimaux a fait connaître un vieux livre de recettes intitulé, *Les secrets du Seigneur Alexis le Piemontais*, et nous ne pouvons résister au désir de citer en entier ce qui a trait aux verrues.

« Pren autant de pois ciches comme il y a de verrues, « et touche chacune avec l'un des pois tellement que cha- « cun des pois que tu as, ayt touché sa verrue, puis en- « veloppe les dits pois en un petit drapeau et le gette « derrière toy et toutes les verrues se dessècheront ».

Un autre livre de recette, *Le petit Albert* complète ce qui précède et prévient que les verrues passeront à la personne qui ramassera les pois. « On peut se délivrer « des verrues, en enveloppant dans un linge autant de « pois que l'on a de verrues et en les jettant dans un che- « min, de façon que celui qui les ramassera prenne les « verrues, et que celui qui les a, en soit délivré ».

Le même auteur avait d'ailleurs plusieurs cordes à son arc et il répond de la recette suivante.

« Il faut couper des anguilles vivantes et frotter les « verrues du sang qui en découle, puis on enterrera la « tête de l'anguille et quand elle sera pourrie toutes les « verrues qu'on a s'en iront. »

Ce serait une erreur de croire que toutes ces pratiques étaient seulement en honneur dans les gens du peuple qu'une instruction insuffisante n'avait pu débarrasser des croyances superstitieuses, toutes les classes de la Société, même les plus instruites sacrifiaient à ces erreurs et

nous ne pouvons mieux faire que de citer le cas de l'illustre Bacon tel qu'on le trouvera dans le *Sylva sylvarum* paru en 1627 un an après sa mort.

« J'avais une verrue au doigt depuis l'âge la plus ten-
« dre. Me trouvant à Paris, à seize ans environ, il n'en
« vint aux mains plus de cent autres dans l'espace d'un
« mois. L'ambassadrice d'Angleterre me dit un jour qu'elle
« se chargeait de me débarrasser de toutes ces verrues.
« En effet elle se fit apporter un petit morceau de lard
« avec sa couenne, et frotta toutes les verrues avec le
« gras, surtout celles que j'avais depuis mon enfance;
« puis ayant suspendu le morceau de lard à un clou, en
« dehors de la fenêtre de son appartement, à l'exposition
« du midi, elle le laissa en cet endroit, où se trouvant
« exposé aux rayons du soleil, il se putréfia. En cinq
« semaines toutes mes verrues disparurent mêmes celles
« qui dataient presque aussi loin que moi ».

Plus tard la médication ordinaire s'enrichit des macérations de plantes; ce fut l'emploi empirique des simples avant que les sciences botaniques aient réglementé leur mode d'action et leur mode d'administration. Elles ont peut-être toutes été employées, comme remèdes souverains, dans la guérison des verrues; mais celles qui ont le plus de réputation furent le lierre, le froment, et surtout le suc de la grande chelidoine (*chelidonium majus*), qui jouit encore auprès du public de nos campagnes d'une réputation incontestée.

Du reste toutes les pratiques précédentes existent encore plus ou moins, où n'ont subi que des modifications peu importantes. M. Roussel cite ce qui se passe de nos

jours en Poitou et nous pourrions en dire autant du haut de l'Ardèche et de la Loire. Les paysans accordent encore toute leur confiance aux — *guérisseux et aux nannes* — et nous nous rappelons avoir vu dans notre enfance un cas de verrues, traitées par un onguent, contenant du sang de souris, sans préjuger du reste. Comme nous le verrons plus loin, tous les procédés comptent des succès ; ainsi est expliqué, tout au moins en cette matière, le fameux don de l'empirique, qui conjure le mauvais sort et — *soufflent* — les verrues.

Thérapeutique actuelle. — Il n'est peut-être pas d'affection, qui ait réuni des procédés thérapeutiques aussi nombreux que les verrues, surtout les verrues confluentes, et nous n'avons pas la prétention de passer en revue chaque méthode de traitement et de l'analyser. Nous parlerons simplement des principaux agents internes qui ont été employés, et ensuite de la pratique courante de la médication externe. Dans un troisième chapitre, nous poserons le problème du traitement par la suggestion et nous exposerons impartialement les faits.

a. — *Médication interne.* — Un très grand nombre de substances ont été employées à l'intérieur pour le traitement des verrues. Nous citerons tout d'abord le régime de Hanin qui en 1813 a obtenu des succès par les bains émollients et le lait d'ânesse, et nous arriverons de suite à la médication par la magnésie qui compte encore de nos jours de nombreux partisans.

Ce fut le Dr Lambert de Hagueneau, qui fut l'innovateur inconscient de ce traitement, et c'est en soignant une gastrite et un malade atteint de verrues confluentes

qu'il s'aperçut avec étonnement, d'abord de la régression puis de la disparition de l'éruption verruqueuse.

Plus tard Fonssagrives dans ses *Leçons d'hygiène infantile* inscrit de nombreux succès, par l'ingestion de la magnésie à la dose de 0,60 centigrammes par jour et il cite le cas d'une fillette atteinte de verrues très confluentes de la face dorsale des mains et de la figure, qui fut en peu de jours radicalement guérie. Tel est aussi l'avis de M. Paul Lucas-Championnière quoique, dans son observation, il ait employé concurremment au traitement interne des frictions au savon noir, des cautérisations au nitrate d'argent. Le professeur Vulpian et les Docteurs Colrat et Aubert de Lyon aussi des succès et confirment le pouvoir de la magnésie ; par contre le Dr Soulier de Lyon n'enregistre que des échecs.

La teinture d'iode à l'intérieur a obtenu dix succès sur dix tentatives entre les mains d'Imossi, et on rapprochera de suite de cette médication celle, actuellement préconisée, par un certain nombre de praticiens, l'administration de teinture de thuya occidentalis à la dose de 40 à 60 gouttes.

D'autres substances ont été essayées et pour toutes on a publié des succès ; notamment par l'arsenic avec Pullin de Bristol et Sympson de Londres, et pour la créosote que Rayney a expérimentée en Angleterre en 1855.

b. — *Expérimentation externe.* — La médication externe est le procédé de choix, et nous dirons même le seul rationnel, si l'on admet la nature parasitaire de la verrue. On a essayé de tous les moyens pour détruire le

principe contagieux où tout au moins l'empêcher de s'étendre.

Dans les verrues isolées on a pratiqué l'incision au bistouri et si nous parlons de ce procédé qui semble étranger à notre sujet, c'est que l'on a cité des cas où l'ablad'une verrue avait fait rétrograder toute une éruption. D'autres opérateurs ont remplacé, dans des cas analogues le fer par le feu et Cellier du Mans fait griller directement à la flamme les grosses verrues, préalablement percées d'une aiguille. Le thermocautère et surtout le galvano-cautère nous semble un procédé très sûr et très recommandable dans les cas de verrues peu confluentes et siégeant sur une partie du corps où on n'a pas à craindre des cicatrices.

Dans ce même ordre d'idées M. Desprès a employé la pâte de Vienne en applications soigneusement limitées et d'autres auteurs ont donné la préférence aux caustiques liquides, acide azotique, sulfurique, acétique (M. Guyon) ou nitrate d'argent en solution, nitrate, acide de mercure, etc.

L'emploi de tous les agents précédents est subordonné naturellement au peu de confluence de l'affection, et toutes les fois au contraire que l'on aura affaire à des verrues agglomérées entre elles et formant des placards de certaines dimensions, on devra se borner aux applications longues et répétées de pommades légèrement caustiques. Nous laisserons de côté le sublimé, la résorcine et nous arriverons directement au traitement par les pommades à l'acide salicylique ou à l'acide pyrogallique.

L'acide salicylique a fait depuis longtemps ses preuves

dans le traitement des éruptions verruqueuses; M. Vidal l'employait en emplâtres salicylées, et on lui doit les deux guérisons des observations de M. Gémy d'Alger.

Nous l'avons vu employer dans le service de M. Gaucher et y avoir de nombreux succès. Il faut le prescrire en pommade au 1/30 ou au 1/40 et ordonner au malade d'avoir toutes les nuits, à en enduire les téguments où siègent les verrues.

On peut se servir de la formule suivante :

Acide salicylique . . .	1 gramme
Précipité blanc.	5 —
Vaseline.	40 —

M. S. A.

La pommade à l'acide pyrogallique est certainement plus active, mais elle présente deux inconvénients graves elle salit le linge et elle est toxique.

Nous croyons donc que surtout chez les enfants, il faut d'abord recourir aux préparations salicylées et, en cas d'insuccès seulement prescrire l'acide pyrogallique au 1/10 ou au 1/20 suivant les cas.

Ces derniers temps, surtout en Allemagne, on a essayé de guérir les verrues par l'électrolyse. Nous allons résumer aussi brièvement que possible la technique que l'on a employée.

Presque tous les auteurs ont renoncé à la méthode bipolaire par peur des escharres, et ont eu recours à l'électro-puncture négative.

Au pôle négatif, en effet, on obtient une petite escharre, transparente, analogue à une bulle d'herpès, dont il est très facile d'apprécier l'étendue.

L'électro-puncture négative a de plus un autre avantage ; c'est de permettre l'emploi d'aiguilles d'acier très acérées et peu coûteuses ; au pôle positif, l'acier serait attaqué et laisserait des traces indélébiles, un véritable tatouage qu'il faut éviter à tout prix. Les piqûres seront répétées, jusqu'à ce que la verrue prenne l'aspect bulleux dont nous avons parlé précédemment. 4 M. A. est l'intensité maxima qu'il ne faut jamais dépasser.

c. — *De la suggestion comme traitement.* — Il est un fait d'expérience médicale professionnelle, c'est que toute affection qui donne naissance à un grand nombre de méthodes de traitement, est une affection contre laquelle il n'y a pas de traitement véritablement autorisé. Certes il en est ainsi des verrues planes, juvéniles, mais ce qui étonne à bon droit, c'est que toutes les médications ont enregistré des succès.

Comment peut-on expliquer ces nombreux cas de guérison ? Il est inadmissible que l'on puisse reconnaître à des substances internes si différentes, une action physiologique identique, et, d'autre part, il peut paraître exagéré de n'y voir qu'une simple coïncidence, et de prétendre chaque fois que les verrues allaient guérir spontanément.

Aussi quelques auteurs, se basant sur les considérations précédentes, ont-ils été amenés à ne voir dans toutes les guérisons, qu'un fait de suggestion. Ils ont voulu alors expérimenter scientifiquement ce qui réussissait aux empiriques, et les résultats ont été suffisamment concluants pour mériter d'être étudiés.

M. Gibert du Havre a publié dans les *Annales de Psychiatrie* 1893 une observation des plus curieuses et que

nous allons résumer. Il s'agissait d'un jeune garçon de 13 ans, atteint de verrues d'une influence inusitée. Toute la face dorsale des mains, était occupées par des verrues qui s'étaient développées jusqu'aux ongles qu'elles entouraient. En réalité, d'après M. Gibert, la peau des deux mains n'existait plus, et on ne pouvait trouver un seul interstice de peau saine entre les éléments verruqueux.

L'expérience suivante fut faite devant plusieurs médecins, et devant M. P. Janet ; nous laissons la parole à l'auteur.

« Je pris l'enfant par les deux mains et je lui deman-« dai à haute voix : — Veux-tu être guéri? — j'imprimai « en la répétant la demande dans son cerveau jusqu'à ce « qu'il me répondit avec un accent de conviction : — Oui, « je veux être guéri. — Alors, dis-je, prends garde je « vais te laver avec avec de l'eau bleue, et si dans 8 jours « tu n'es pas guéri je te laverai avec de l'eau jaune... « Puis je le badigeonnai avec de l'eau légèrement bleuie « et je l'essuyai avec soin. Huit jours après toutes les « verrues avaient complètement disparu sauf deux ou « trois. Je pris le bonhomme comme la première fois et je « lui de de vifs reproches.... Je le badigeonnai ensuite « avec de l'eau jaune qui lui procura une douleur ima-« ginaire de forte brûlure.

« Quelques jours après, la peau était parfaitement in-« tacte, et l'enfant reprit sa vie ordinaire. »

D'autres expérimentateurs, MM. Bonjour de Lausanne, Bernheim de Nancy, Pitres de Bordeaux ont fait des tentatives du même genre et toujours avec des succès.

M. Roussel de Saint-Etienne, a voulu essayer de la suggestion d'une façon un peu différente ; il faisait prendre à ses malades divers médicaments des plus anodins, en les avertissant de ne pas s'effrayer s'ils ressentaient des symptômes alarmants ; c'est ainsi qu'il a eu des succès avec de la magnésie à toute petite dose, avec du monosulfure de sodium et avec de la trinitrine.

Que penser de tous ces faits ? la suggestion est-elle véritablement une méthode de traitement dans les verrues confluentes ? Oui, répondrons-nous, mais dans certains cas seulement, de terrains névropathiques bien déterminés. Evidemment les occasions de l'essayer ne doivent pas être rares, étant donné l'âge des malades atteints de verrues confluentes, âge qui correspond aussi à l'époque ou la suggestion est relativement facile. Nous ne croyons pas cependant que l'on doive généraliser cette méthode et nous nous en tiendrons toujours dans nos conclusions aux pommades à l'acide salicylique ou à l'acide pyrogallique.

CONCLUSIONS

1° Les verrues planes juvéniles sont une affection de la seconde enfance et de l'adolescence ; leur tendance à la confluence, leurs lieux d'élections constants, leur surface plane et à peine colorée les différencient nettement des verrues vulgaires.

2° Le principe de la contagiosité, malgré le résultat négatif des recherches bactériologiques, doit s'imposer en clinique à cause des nombreux cas de contagion et surtout d'auto-inoculation.

3° Le traitement de choix est le traitement externe ; nous donnons la préférence aux pommades à l'acide salicylique ou à l'acide pyrogallique ne voulant pas risquer l'éventualité possible de cicatrices apparentes.

4° Dans quelques cas particuliers et sur des terrains névropathiques on ne doit pas hésiter à employer la suggestion sous ses différentes formes.

OBSERVATIONS

Observation I

Le nommé J..., employé de commerce âgé de 32 ans se présente à la consultation le 30 décembre 1895.

Depuis quinze jours apparition d'un chancre sur le côté gauche du fourreau de la verge ; ce chancre à l'examen actuel présente une forme allongée ovalaire et il est en voie de cicatrisation.

Depuis quatre jours, le malade accuse une éruption de pustulettes acnéiformes qui sont surtout nombreuses aux membres supérieurs, sur le thorax, sur les hanches et les régions lombaires.

Les ganglions sous-maxillaires gauches sont très engorgés.

Le malade présente en outre un grand nombre de verrues planes juvéniles sur le dos des mains.

Observation II

Le nommé M..., 18 ans, tailleur, se présente le 6 février à la consultation pour des verrues planes juvéniles confluentes.

Le malade avait depuis 8 ans une verrue à la face palmaire du médius droit, q ıand depuis six mois sans aucune cause appréciable éruption confluente à la face dorsale des doigts surtout sur le médius. Il porte également des verrues au niveau de l'espace métacarpien gauche et sur l'annulaire droit.

Observation III

Mme B..., 22 ans, femme de chambre a depuis un an des verrues confluentes sur la face dorsale des mains. Elles ont été cautérisées quinze fois au nitrate d'argent sans succès. La malade présente des comédons sur le front.

30 mars. — Cautérisation.

13 avril. — Cautérisation au galvano.

20 avril. — Cautérisation.

27 avril. — Cautérisation au thermo.

11 mai. — Cautérisation et amélioration.

18 mai. — Petites tumeurs développées dans le cou, à droite, un molluscum contagiosum que l'on cautérise au galvano.

16 juin. — Grande amélioration.

Observation IV

Y..., âgé de 12 ans est atteint depuis 3 ans de verrues placées au niveau de la face dorsale des doigts et sur les mains. Jamais de traitement.

A l'examen on trouve :

1 verrue sur la face antérieure de l'avant-bras gauche

Son frère âgé de 8 ans en présente une aussi à la jambe.

Observation V

Mlle S..., 25 ans est atteinte de coryza chronique depuis 7 ou 8 ans.

On remarque des verrues planes sur le dos de la main gauche, verrues datant de plusieurs années. Une autre verrue volumineuse, sur le dos de la main droite a déjà été cautérisée et date de cinq ans.

21 avril. — Cautérisation.

5 mai. — Acide pyrogallique 3/30.

Observation VI

M. B... âgé de 16 ans, tapissier, est atteint de verrues planes juvéniles avec herpès. Les verrues ont débuté par le milieu du front il y a deux ou trois ans.

Actuellement il existe sur la région frontale un placard de verrues confluentes ; quelques verrues sur les ailes du nez et au niveau de sa racine. Verrues planes sur la face dorsale des poignets.

Traitement. — Pommade à l'acide salicylique à 1/20.

Quinze jours après nouvelle poussée.

Collodion salicylé. En peu de jours amélioration notable.

Observation VII

M. M... Jules âgé de 35 ans, employé se présente à la consultation pour des verrues planes sur les deux mains.

Cautérisation à l'acide nitrique.

Observation VIII

M. L... 8 ans 1/2 est atteint de verrues planes juvéniles.

Il y a trois ans début à la joue gauche d'une éruption constituée par des plaques de papules très petites, d'une teinte jaunâtre, non prurigineuses nullement douloureuses.

Actuellement l'éruption s'est étendue et il existe quelques papules sur la lèvre supérieure et sur le nez.

La plaque de la joue droite présente quelques papules très confluentes.

Traitement. — Pommade.

Savon noir.	20 grammes
Acide tartrique	50 centigrammes
— salicylique . . .	1 gramme.

Observation IX

Mme D.... âgée de 19 ans, papetière, se présente le 7 mai 1900 à la consultation du Dr Gaucher.

La malade a depuis l'enfance une verrue sur la paupière gauche ; depuis fort longtemps aussi, plusieurs années, une autre verrue unique sur le front.

Aucune maladie antérieure, et aucune tare héréditaire ou acquise.

Examen de la malade. — Depuis un an, elle avait remarqué d'autres petites verrues planes, souvent très petites sur l'an-

nulaire droit et sur le dos de la main droite ; on les retrouve actuellement sous la forme de petites papules jaunâtres et caractéristiques. A peu près, à la même époque mais après les mains la face fut envahie. De la verrue siégeant depuis longtemps au milieu du front, part une traînée de grattage très nette, allant de droite à gauche et recouverte de verrues planes, de plus en plus petites à mesure que l'on s'éloigne du foyer qui leur a donné naissance.

Sur le menton une éruption très confluente de toutes petites papules, sans couleur distincte et se confondant presque avec la peau. Les éléments que l'on trouve sur les joues sont plus isolés et plus volumineux. La malade ne présente aucune verrue sur une autre partie du corps. Pas de contagion avec son mari

On met la malade au traitement salicylé et on lui ordonne:

Vaseline neutre	40 gr.
Ac. salicylique	1 gr.

21 mars. — La malade revient et se plaint de la cuisson occasionnée par la pommade à l'acide salicylique.

Pas de résultats et au contraire la confluence semble augmenter surtout sur le menton et sur le front.

Observation X

(Due à l'obligeance de M. Bardin).

Juliette B... âgée de 5 ans 1/2 en arrivant de la campagne

avait une verrue sur le lobule du nez ; on employa l'acide azotique et elle disparut.

Peu après apparaissent d'autres verrues sur la face dorsale des doigts, sur le dos des mains, puis sur le menton. Ces verrues brûlées à l'acide azotique disparaissent en laissant une légère pigmentation, mais d'autres apparaissent dans les parties avoisinantes.

Certaines sont tout à fait planes, sans saillie notable. Au dessus des téguments, d'autres au contraire sont plus grosses et proéminent d'avantage.

Actuellement, toutes les verrues ont été cautérisée plusieurs fois à l'acide azotique.

A la main droite, quelques verrues sur les doigts, surtout sur la face dorsale de l'annulaire, une sur le dos de la main, une sur l'avant-bras au-dessus de l'articulation radio-carpienne.

A la main gauche, on observe à côté de cicatrices, une sur chaque phalangette du pouce, de l'index et de l'annulaire et 3 ou 4 sur le dos de la main.

Sur la face, au menton, 3 verrues ; sur la lèvre inférieure une verrue est située presque sur la muqueuse; quelques papules sur la partie inférieure du lobule du nez ; sur les joues, une plaque formée de 4 ou 5 éléments, et de chaque côté.

Sur le rebord palpébral gauche, quelques verrues, allongées, sur lesquelles les cils semblent implantés.

Il n'existe aucune verrue sur le corps.

La tante de cette enfant qui lui donne tous les jours des soins de propreté, et qui tous les soirs enduit de vaseline ou de glycérine les parties ou siègent les verrues présente une verrue sur le dos de la main droite ; elle l'a depuis peu de

temps et prétend l'avoir attrapée de l'enfant. Cette verrue est beaucoup plus grosse et unique et ne peut pas être prise pour une verrue plane. Elle a essayé de la faire disparaître mais sans résultat par des cautérisations répétées à l'acide azotique.

Observation XI

D... Pierre, garçon de laboratoire, âgé de 19 ans, rentre salle Damaschino le 6 juin 1900 pour une forte grippe.

Le malade n'a aucun antécédent héréditaire ; ses parents se portent bien, sa mère a cependant des névralgies faciales très douloureuses et très tenaces.

Depuis un an, le malade présente des verrues planes juvéniles multiples sur le dos de la main droite. Elles se présentent sous la forme de papules rosées, ne dépassant pas cinq ou six millimètres de diamètre pour descendre chez les plus petites à une tête d'aiguille. Leur couleur rosée tranche sur les téguments avoisinants, leur saillie n'est presque pas perceptible et leur aspect est moins brillant que dans les cas ordinaires.

En examinant le malade, on trouve une ou deux verrues isolées sur la face dorsale du pouce, et trois placards confluents sur la face dorsale du premier métacarpien. Quelques verrues isolées sur la face dorsale du deuxième métacarpien et enfin des éléments de plus en plus isolés sur toute la région dorsale de la main.

Au poignet deux placards de grattage sur la face radiale et quelques éléments assez rares sur sa face dorsale.

Sur la face palmaire du poignet et de l'avant-bras cinq ou

six verrues très petites, difficiles à voir et presque microscopiques.

Rien sur le corps, rien à la face ni à la main gauche.

20 juin. — Les verrues paraissent se flétrir et quelques-unes ont déjà disparu spontanément.

Vu par le Président de la thèse,
FOURNIER

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Hanin. — Observations on warts, and on the treatment test adopted for their remoral. N. méd. et Phys. J. London, 1813-42-49.

Cheneau. — Observation sur la chute spontanée d'un grand nombre d'accroissances verruqueuses. N. Journal de méd. chir. pharmac., 1820.

Nencourt. — Sur l'emploi de l'ac. acétique pur et étendu dans le traitement des verrues. J. de chir (Malgaigne). Paris 1846-137-140.

Part. — Draivings of warts whicts disappeared unden the use of magnesia. Tr. Path. Soc. London, 1855-6, 380.

Ragney (G.). — On the beneficial effect of creosote on warty excressences. Lancet. London, 1855, 545.

Marsh (M). — Treatment of warts. Med. et Surg. Reporter, Phila, 1873, 254-56.

Pingaud. — Disparition spontanée des verrues. Dict. des Sc. méd. Paris, 1877, 471.

Samier. — Des verrues, leur traitement, verrues de la plante du pied et de la paume de la main. Thèse Paris, 1880.

Thin (Georges). — An. Unazual case of warthy granths on the face. Med. chir. Transactions London, 1881, 28 avril.

Corneau. — Des verrues, leur traitement. Thèse Paris, 1882.

Cellier. — Traitement des verrues, J. de méd. et chir. prat. Paris, 1883, 117.

Lucas-Championnière (Paul). — Observation sur les verrues. J. de méd. et chir. prat. Paris, 1883.

Cornil et Babès. — Verrues. J. des conn. méd. prat. Paris, 1884.

Heurteaux. — Disparition spontanée des verrues. Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat. 1886-108.

Wermann. — Die Entfernung von Warzen und Mutternalern durch die Elektrolyse. Jahresb. d. Gesellsch. f. Nat u. Hellk in Dresde, 1887-8 104-106.

Pullin. — The treatment of warts by internal administration of arsenic. Bristol M. chir. J. 1887, 269-271.

Silva. — Tratamento das verrugas sem. cicatris pela chimi caustia voltaica. Brazil med. Rio-de-Jan, 1889-120.

Gilbert. — Guérison des verrues par suggestion. Ann. de psychiatrie 1893.

Darier. — Verrues planes juvéniles de la face. Annales de dermatologie, 2e série 1888, p. 617.

Tenesson et Besnier. — Réunion clinique hebdomadaire des médecins de Saint-Louis. Ann. dermat. 2e série, 1889, p. 22 et 200.

Gémy. — Verrues confluentes des deux jambes. Ann. de derm. 2e série, 1889, p. 92.

Imoni. — Du traitement des verrues à l'intérieur par la teinture d'iode. Bull. gén. de ther. Paris, 1889, p.511.

Ehrmann. — Uber die Behandlung warziger Getilde mittelst Elektrolyse. Wien med. Press., 1890, p. 321.

Besnier et Doyon. — Traduction française de Kaposi 1re et 2e édition, 1889 et 1891.

Povarnin. — Verruca and. its. treatment Akuscherka, Briansk, 1891, p. 79, 81.

Feulard. — Verrues planes juvéniles. Ann. de derm. 1893, 3e série p. 863.

Feulard. — Verrues planes juvéniles. Bull. Soc. franc. dermat. 1893, p. 469.

Detedat. — Traitement des verrues par l'électrolyse. Ant· d'élect méd. Bordeaux 1893, p. 325, 330.

Sympson. — Note on the treatment of warts by the internal administration of arsenic. Quart. M. J. Sheffield, 1893, p. 57.

Herxheimer et Marx. — Zur. Keriustnin verrucœ planœ juveniles. München. Med. Wochenschr., 1894, p. 591-594.

Roussel. — Verrues et suggestion. Loire méd. St-Etienne, 1897, p. 236-251.

Djamdjieff. — Les verrues planes juvéniles. Archives clin. de Bordeaux, 1897, 468-490.

Lupis. — Contribuzione allo studeo della verrucca giovanile. Gior. d. mal. ven. Milano, 1897, p. 451-462.

Meurisse. — Verrues planes juvéniles de la face et des mains. J. de mal. cutan. et syph. Paris, 1898, 354-358.

Rasch. — Verrucœ planœ juvenum. Hosp. Tid., Kjbenh, 1898, p. 1161-1165.

Gaucher. — Traité des maladies de la peau art. verrues planes juvéniles.

Hallopeau et Leredde. — Dermatologie art. verrues plajuvéniles, 1900.

Fournier. — Doit-on traiter les verrues? Progr. méd. Paris, 7 avril 1900.

Jouve et Boyer, imp. de la Faculté de médecine, 15, rue Racine. Paris.